



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS
FAMILIARES CUIDADORES PRINCIPALES DE
PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
2013.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

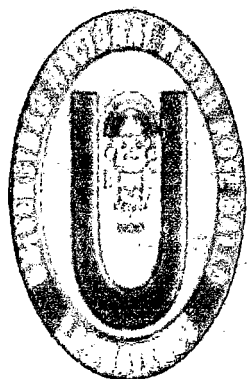
AUTORA:

BACH. DIAZ HERNÁNDEZ VERÓNICA ESMERALDA

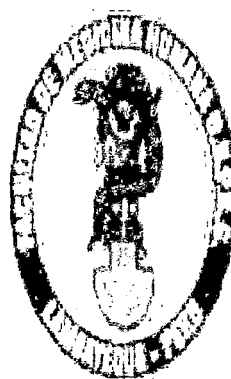
ASESOR:

DR. ULCO ANHUAMÁN SEGUNDO FELIPE

LAMBAYEQUE. MARZO DEL 2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS
FAMILIARES CUIDADORES PRINCIPALES DE
PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
2013.**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

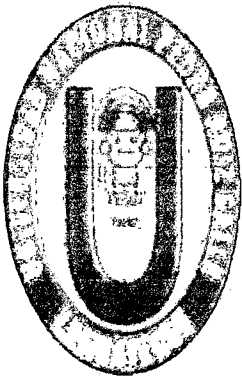
AUTORA:

BACH. DÍAZ HERNÁNDEZ VERÓNICA ESMERALDA

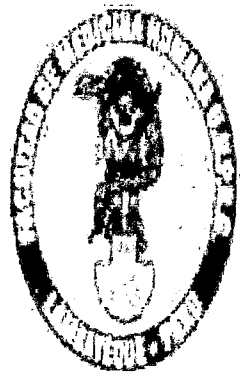
ASESOR:

DR. ULCO ANHUAMÁN SEGUNDO FELIPE

LAMBAYEQUE, MARZO 2015



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS
FAMILIARES CUIDADORES PRINCIPALES DE
PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
2013.**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO



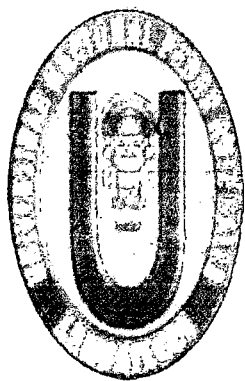
Bach. Díaz Hernández Verónica Esmeralda

AUTOR

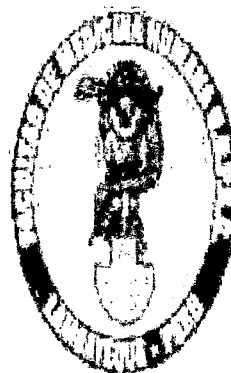


Dr. Ulco Anhuaman Segundo Felipe

ASESOR



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS
FAMILIARES CUIDADORES PRINCIPALES DE
PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
2013.**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

DR. JUAN JOSÉ CRUZ VENEGAS
PRESIDENTE

DR. JULIO CÉSAR VILLANUEVA ANGELES
SECRETARIO

DR. JAIME YSRAEL SALAZAR ZULOETA
VOCAL

DR. LUIS ROLANDO SANDOVAL CRUZALEGUI
SUPLENTE

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que permitió iniciar el camino hacia mi sueño y convertirme en médico, por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios, que por el estoy aquí.

Mami, no me equivoco si digo que eres la mejor del mundo. Gracias por aguantar antojos, dolores y años de privaciones, gracias por todo tu esfuerzo y por darme una carrera, todo esto te lo debo a ti... Lo logramos mami. A mi padre, por enseñarme a volar alto como las águilas, en cada vuelo, en cada sueño, perdurará siempre la huella del camino enseñado.

A mi gran familia y en especial a mi dulce abuelito Elías P. Hernández Cuba, quien fue la inspiración para este trabajo, siempre estaré ahí para ti.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

A Liliam Gálvez con quien nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigas.

Verónica Esmeralda

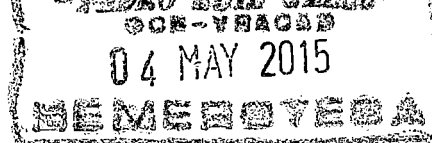
AGRADECIMIENTO

Al personal médico y técnico del consultorio externo de Geriatría, Neurología y Psiquiatría de Hospital Regional Lambayeque.

Al personal de estadística y de archivo de historias clínicas del Hospital Regional de Lambayeque quienes facilitaron la realización del trabajo.

Un agradecimiento especial a los cuidadores informales por su tiempo y colaboración para el logro del presente estudio de investigación.

Verónica Esmeralda



DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCION.....	10
II. MATERIALES Y METODOS.....	24
III. RESULTADOS	29
IV. DISCUCIONES	38
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES.....	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXOS	50
FICHA SOCIOECONÓMICA DEL CUIDADOR PRINCIPAL.....	54
ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT.....	56
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.....	57
ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG.....	62
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión de los familiares cuidadores principales de pacientes con demencia por la enfermedad de Alzheimer. **Método:** Estudio descriptivo transversal realizado a 40 cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en hospital Regional Lambayeque durante el año 2013. Instrumentos de medida, la Escala de sobrecarga Zarit, Escala de Ansiedad de Zung y Escala depresión de Beck. **Resultados:** El nivel de sobrecarga general fue de 97.5%, a predominio de sobrecarga intensa, el nivel de ansiedad fue de 80%, así mismo el 60% correspondió a ansiedad severa; el nivel de depresión se halló en 37.5% con predominio en ansiedad leve; a su vez se determinó como características sociodemográficas al cuidador principal como hija, con edad de 45 – 65 años, ama de casa, casada y nivel de educación secundaria completa. **Conclusiones:** El nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión en el grupo de estudio es elevado por lo cual es necesario implementar programas de intervención que no centren su atención en el paciente con demencia en la enfermedad de Alzheimer, sino también en su cuidador principal.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of overload, anxiety and depression in primary family caregivers of patients with dementia of Alzheimer's disease.

Method: Cross-sectional study conducted at 40 primary caregivers of patients with a diagnosis of dementia in Alzheimer's disease treated in Lambayeque Regional hospital during 2013. Measuring instruments, Zarit Overload Scale,

Zung Anxiety Scale and Depression Scale Beck. **Results:** The level of general overhead was 97.5%, a prevalence of severe overload, anxiety level was 80%, likewise 60% were severe anxiety; the level of depression was found in 37.5% prevalence in mild anxiety; in turn was determined as the primary caregiver sociodemographic characteristics and daughter, aged 45-65 years old, housewife, married and complete secondary education level. **Conclusions:**

The level of overload, anxiety and depression in the study group is high so it is necessary to implement intervention programs that do not focus their attention on the patient with dementia in Alzheimer's disease, but also in their primary caregiver.

Keywords: Alzheimer's disease, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCION.

1.1 MARCO TEORICO.

Definición.

La Organización Mundial de la Salud define demencia como *“Un síndrome generalmente de naturaleza crónica, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, que suele ir acompañado por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación”*. (1) En general, los síntomas incluyen pérdida de memoria, dificultades de comunicación y cambios de estado de ánimo, así mismo es una enfermedad progresiva, lo que significa que empeora con el tiempo. (2) (3)

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos, así mismo se presenta como la causa más común de demencia en mayores de 65 años. (1) El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio

senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores.

- Presencia de un cuadro demencial.
- Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.
- Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia
- Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales. (4)

Prevalencia

La demencia afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas, de las cuales 58% viven en países de ingresos bajos y medios, además el 10% de la población adulta mayor padece la enfermedad de Alzheimer, dolencia que representa el 70 % de todas las demencias seniles, mientras que el 20% son demencias por

infartos cerebrales y el 10% son demencias con diversas causas. Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. (1)

El envejecimiento de la población es el principal motor de la próxima epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, que se concentrarán en los países de ingresos bajos y medios, es por ello que la prevalencia de demencia en América Latina según estudios basados en comunidad de adultos mayores de 65 años de edad es 7.1%. (2) (5)

Aunque no se tiene datos exactos de la prevalencia de demencia en el Perú, según un estudio realizado en el 2008 en Lima urbana se encontró una prevalencia de 6,85%, siendo la enfermedad de Alzheimer el diagnóstico más frecuente en un 56,2%. (6)

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo, así mismo en el Perú, de las personas con demencia el 57% necesita cuidados personalizados. (7)

Atención de la demencia en la enfermedad de Alzheimer y los cuidadores

Entre las enfermedades de condición crónica, la demencia tiene un efecto sobre la incapacidad y las necesidades de cuidado. Por lo tanto, es importante considerar el impacto de la condición no solo en

las personas afectadas sino también en sus familias y en particular en las personas que tienen el papel principal en la provisión de cuidados, siendo en los países en vías de desarrollo los familiares, a menudo, llamados los segundos pacientes invisibles, estos son fundamentales para la calidad de vida de los pacientes afectados de demencia en la enfermedad de Alzheimer.

(8)(9)

En la mayoría de los entornos, los cuidadores son los cónyuges, y las mujeres superan en número a los hombres, así mismo los hogares más grandes se asociaron con un menor grado de esfuerzo del cuidador, probablemente porque la responsabilidad de los cuidados era compartida y por ello el cuidador principal podría tener el beneficio del relevo.

Normalmente, el nivel de apoyo se incrementa según progresa la enfermedad, empezando con el apoyo para actividades instrumentales del diario vivir (actividades del hogar, sociales y financieras), y se expanden para incluir el cuidado personal y eventualmente una supervisión casi constante. La magnitud de las necesidades y la clase de cuidados que requieren, así como su progresión en el tiempo, dependen de muchos factores tales como el perfil clínico la presencia de problema, física y psicológica sobretodo.

En América Latina la responsabilidad de atender al paciente con

demencia generalmente recae en algún miembro cercano de la familia, generando en la mayoría de las veces un gran impacto en su economía por costos de medicamentos, junto con el abandono o reducción de horas de trabajo, así como en su salud mental pues se asocia con un riesgo dos veces mayor de morbilidad psicológica que en la población general, generando tensión emocional, que conduce a una alta prevalencia de ansiedad y depresión. (10)

Esto nos recuerda la importancia de dar igual prioridad a las necesidades del cuidador primario, un recurso clave en la organización de la atención a largo plazo para las personas con demencia.

Su actividad cotidiana se focaliza en “atender al otro” renunciando en muchas ocasiones al descanso, a las relaciones sociales, a la formación cultural y al cultivo en general de su propia personalidad. Además se encuentra imbuido en un auténtico círculo vicioso, ya que cualquier “abandono”, por ligero que éste sea, provoca inmediatamente un sentimiento de culpabilidad que le crea preocupación y angustia y que sólo se neutraliza volviendo a estar con el anciano. Esta relación psicopatológica se traduce, en última instancia, en un síndrome de “vaciamiento emocional” de “fatiga crónica” que justifica plenamente la intervención psicoterapéutica.

Los cuidadores, por otra parte, no sólo se enfrentan a problemas complejos y difíciles (sostén de la familia, higiene, alimentación y

medicación del anciano, prevención de heridas, etc.) (Problemas técnicos), sino también a problemas éticos inherentes al rol de cuidador (¿me voy o me quedo?, ¿le ingreso en una residencia?, ¿le sigo dando esta medicación?, ¿le dejo salir?, ¿se lo digo al médico?, etc.). Este elenco de conflictos mentales y éticos, prácticamente ilimitado, constituye una fuente importante de estrés y de angustia en el “cuidador informal” que es necesario analizar y tratar ante cualquier trastorno de la personalidad.

El cuidador suele ser tolerante ante los primeros síntomas de la enfermedad de la persona que tiene a cargo como déficit de la memoria, trastornos del lenguaje, desorientación, y algunos desarreglos conductuales, su quiebre se produce cuando la enfermedad avanza, y el paciente empieza a desarrollar trastornos psiquiátricos como alucinaciones, delirios, ideas paranoides, desinhibición, irritabilidad, trastornos graves de conducta, agresividad, el insomnio, el desorientación nocturna y las fugas del hogar, allí la moral del cuidador se ve socavada, comprometiéndose su integridad física y emocional, pudiendo generar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, además de ansiedad y depresión llegando a mermar así la salud mental de los cuidadores.(11)

De allí que Shultz (2004) plantea un modelo de los factores estresantes en los cuidadores de pacientes con demencia, los

factores primarios son generados directamente por el grado de dependencia del paciente y su comportamiento mismo, así mismo un segundo conjunto de factores de estrés incluye disminución de la calidad de relación entre el cuidador familiar principal y otros miembros de la familia debido a que surgen conflictos familiares a raíz de una falta de conocimiento compartido sobre la naturaleza de la enfermedad y la cantidad de responsabilidades depositadas en el cuidador principal, o por la percepción de que las responsabilidades no son compartidas, o por desacuerdos sobre asuntos financieros relacionados al cuidado.(8)(12)

Las necesidades de cuidados tienden a escalar con el paso del tiempo, desde un mayor apoyo al hogar y a las actividades económicas y sociales, hasta el cuidado personal, y lo que para algunos es la supervisión y la vigilancia casi constante.

El problema es que mientras toda la atención se va a poner en el enfermo, por lo general nadie se percata de la ansiedad y depresión que irá minando la salud física y mental del cuidador, llegando a una situación de extrema sobrecarga, haciendo que afecte incluso la salud del propio paciente.

Los síntomas de depresión y ansiedad son más prevalentes, afectando a entre la mitad y las tres cuartas partes de todos los cuidadores (13). Las cuidadoras mujeres tienen niveles más altos de síntomas de depresión y ansiedad y un nivel menor de satisfacción de vida. El riesgo de desarrollar un trastorno afectivo persiste durante

los años que se proveen cuidados y aún después, cuando fallece el destinatario.

Los cuidadores de personas con demencia reportan sobre sí mismos peores resultados de salud, menor bienestar subjetivo, y peor calidad de vida que los que no proveen cuidados. Sufren peores resultados de salud, incluyendo obesidad, mayor riesgo metabólico, altos niveles de hormonas de estrés, una respuesta comprometida del sistema inmune, anticuerpos, mayor uso de medicamentos y mayor deterioro cognitivo. Los datos también sugieren que los cuidadores pueden tener un mayor riesgo de enfermedades graves y de mortalidad. (8)

Sin embargo, a pesar de lo expuesto para algunos, cuidar de otros puede ser gratificante debido a la existencia de vínculos emocionales, mientras que para otros el sentido del deber o incluso el sentimiento personal de obligación es lo que los motiva a continuar con su labor de forma más llevadera. (12)

1.2 ANTECEDENTES

LLibre G.J., et al. Relizan un trabajo descriptivo de corte transversal en Cuba, en el año 2008, ***“Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores Cruciales”***, se visitaron 110 cuidadores de pacientes con demencia y enfermedad de Alzheimer que correspondieron en su mayoría a mujeres casadas, esposa o hijas

del paciente, en la quinta década de la vida, amas de casa, y con un nivel medio de escolaridad. Se evidenció afectación psicológica en el 89 % de los cuidadores. El nivel de sobrecarga o estrés en la muestra es significativamente elevado. (14)

López M.J., et al realizan un trabajo de casos y controles en España, en el año 2009, ***“El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud”***, compararon dos grupos, cada uno con 152 participantes, determinaron usando el test de Zarit que el 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga. El 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control. Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores. (15)

Pérez P.M. y Llibre R. L. reportan un trabajo de investigación en Cuba, en el año 2010 sobre ***“Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer”***, incluyó a 75 cuidadores de adultos mayores con demencia leve y moderada, entre las características socio-demográficas predominaron los cuidadores del sexo femenino de 40 y 49 años y los cuidadores con grado de consanguinidad. Además, los cuidadores de los adultos mayores con demencia moderada evidenciaron 77,3 % de los cuidadores de los adultos mayores con demencia moderado, experimentaron un nivel de

sobrecarga intenso. Es representativo resaltar que solo 2 cuidadores lo que representa un 2,6 % del total de cuidadoras no experimentaron ningún nivel de sobrecarga por brindar cuidados al adulto mayor con Alzheimer. (16)

El estudio analítico, de corte transversal de Espín A. A, en Cuba - 2012 ***“Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia”***, realizado en 192 cuidadores, encontró que los cuidadores eran mayormente hijas de edad mediana con afectaciones de salud, elevado consumo de fármacos y limitaciones económicas; no tenían experiencia previa y no contaban con conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo, además la carga se identifica en el 52,1 % de cuidadores y sus factores de riesgo son, entre otros, grado de dependencia del enfermo, depresión del cuidador y el funcionamiento familiar, así mismo la edad del cuidador resulto ser un factor protector de carga pues a medida que aumentó la edad, disminuyó la carga. (17)

“Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos”, fue un estudio descriptivo transversal presentado por Andueza D.M. et al. España en el 2012, realizado en una muestra de 32 cuidadores principales, de los cuales 54,1% fueron hombres y la edad media de 54,12 años, 62,5% poseían el graduado escolar, el 59,4% vivían en el entorno urbano

El nivel de sobrecarga intenso se presentó en un 53%, unido a un estado de ánimo predominantemente ansioso, con una media de 5,34 en la Escala de Ansiedad y Depresión del Goldberg. (18)

“Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer’s dementia patients” fue un estudio descriptivo, transversal presentado por Ostojić D, et al. Croacia en el 2014, el estudio incluyó a 30 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, para evaluar el nivel de ansiedad y depresión. El de la ansiedad patológica se encontró en 14 (46,7%) y el nivel patológico de la depresión en 8 (26,7%) cuidadores. Este estudio mostró que es necesario no sólo el tratamiento adecuado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, sino también a los cuidadores de estos pacientes. (19)

En el Perú no se han realizado estudios al respecto.

1.3 PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión de los familiares cuidadores principales de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en el Hospital Regional Lambayeque durante período enero – diciembre 2013?

1.4 OBJETIVOS.

Objetivo General.

Determinar el nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión de los familiares cuidadores principales de pacientes con demencia por la enfermedad de Alzheimer atendidos en Hospital Regional Lambayeque durante período enero – diciembre 2013.

Objetivo Específico.

Describir las características socio - económicas de los familiares cuidadores principales de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en Hospital Regional Lambayeque durante período enero – diciembre 2013.

1.5 IMPORTANCIA.

Teniendo en cuenta que la expectativa de vida de la población mundial es cada vez mayor y por ende el aumento de la prevalencia de las enfermedades como el Alzheimer y otras demencias, es necesario conocer el impacto en la salud mental de los cuidadores de pacientes con estas patologías, quienes al no ser tomados en cuenta generan un doble costo económico y social, debido a que no solo se tratará al paciente con síndrome demencial, sino también al cuidador con patología oculta como ansiedad y depresión; así mismo aquellos

que experimentan estas condiciones no proveen el mejor cuidado para sus familiares al sentirse abrumados consigo mismos y con la situación que viven generando así falla en el tratamiento de los enfermos de base. Es por ello es necesario iniciar estudios en nuestro sector que identifiquen primero las afecciones de sobrecarga, ansiedad y estrés, para luego de ello iniciar la identificación de los mismos y las campañas de apoyo necesarias para tratar no solo al paciente con demencia en la enfermedad de Alzheimer sino también a los cuidadores principales quienes muchas veces son los pacientes invisibles.

MATERIALES Y MÉTODOS

II. MATERIALES Y METODOS.

2.1 Tipo de Investigación.

Es una investigación de tipo descriptiva, transversal.

2.2 Diseño de contrastación de Hipótesis.

Diseño tipo retrospectivo.

2.3 Población y muestra de estudio.

La muestra correspondió a la población por el número limitado de pacientes, estuvo conformada por todos los familiares cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en el Hospital Regional Lambayeque durante el período enero – diciembre 2013, que en su totalidad fueron 45 pacientes, de los cuales se contó solo con 40 de ellos. Se consideró como criterios de inclusión a familiares mayores de 18 años, que convivían bajo el mismo techo, compartiendo las actividades de la vida cotidiana, que permanecieron en el rol de cuidador principal de seis meses a más, además que tenían como residencia al departamento de Lambayeque. Así mismo se tuvo como criterio de exclusión a aquellos familiares que no aceptaron participar del estudio y aquellos que no se encontraron en su domicilio al momento de la visita.

2.4 Materiales de Laboratorio o de campo .

Base de datos His de donde se obtuvo el número de historia clínica de los pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer.

Historia clínica de los pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en el servicio de geriatría de donde se obtuvo las direcciones de los familiares para la realización de la encuesta casa por casa.

Ficha socioeconómica de familiares cuidadores principales.

2.5 Técnica e instrumentos de recolección de Datos.

En este trabajo de investigación se utilizó una ficha sociodemográfica elaborada por la autora que fue aplicada por el encuestador y completada por el mismo, en el que contiene datos básicos del familiar cuidador principal.

También se utilizó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, se trata de una encuesta diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental, la cual ha sido validada para su versión en español. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. La Escala de Zarit es un instrumento que presenta una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre

0.85-0.93 y un coeficiente de correlación intraclase del 0.71-0.85. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador. En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobrecarga leve); y 56-110 (sobrecarga intensa).

Se aplicó el inventario de depresión de Beck – II, los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna presentando coeficientes superiores a 0.85. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. El test propone como puntos de corte: 0 – 13 (depresión mínima/ ausente), 14 – 19 (depresión leve), 20 – 28 (depresión moderada), 29 – 63 (depresión grave).

Se aplicó también el test de ansiedad de Zung, validada al español, es un cuestionario formado por 20 frases relacionadas con la depresión, cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por lo tanto 20 -80 puntos. El test propone puntos de corte de: 20 -44 (normal), 44 – 59 (ansiedad leve a moderada), 70 – 74 (ansiedad severa), 75 – 80

(ansiedad extrema). El test presenta cargas factoriales superiores a 0.440, con una alfa de Cronbach de 0.770.

2.6 Análisis Estadístico de los Datos.

Una vez recolectada la totalidad de test (Zarit, Beck –II, Zung), así como las encuestas socioeconómica, estas se digitaron en el paquete Microsoft Word Excel 2013. Se calcularó para las variables cualitativas la distribución de frecuencia y porcentaje, para las variables numéricas la media, mediana y moda, mínimo, máximo y desviación estándar.

2.7 Aspectos éticos.

El presente estudio contó con la revisión por el Comité Ético del Hospital Regional de Lambayeque garantizando el cumplimiento de normas éticas y legales, así mismo se garantizó la confidencialidad de los datos de los familiares cuidadores principales, se contó con un consentimiento informado realizado en base al esquema que proporciona la Organización Mundial de la Salud.

RESULTADOS

III. RESULTADOS.

El presente estudio contó con la participación de 40 familiares cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer representándose en la Figura N° 01.

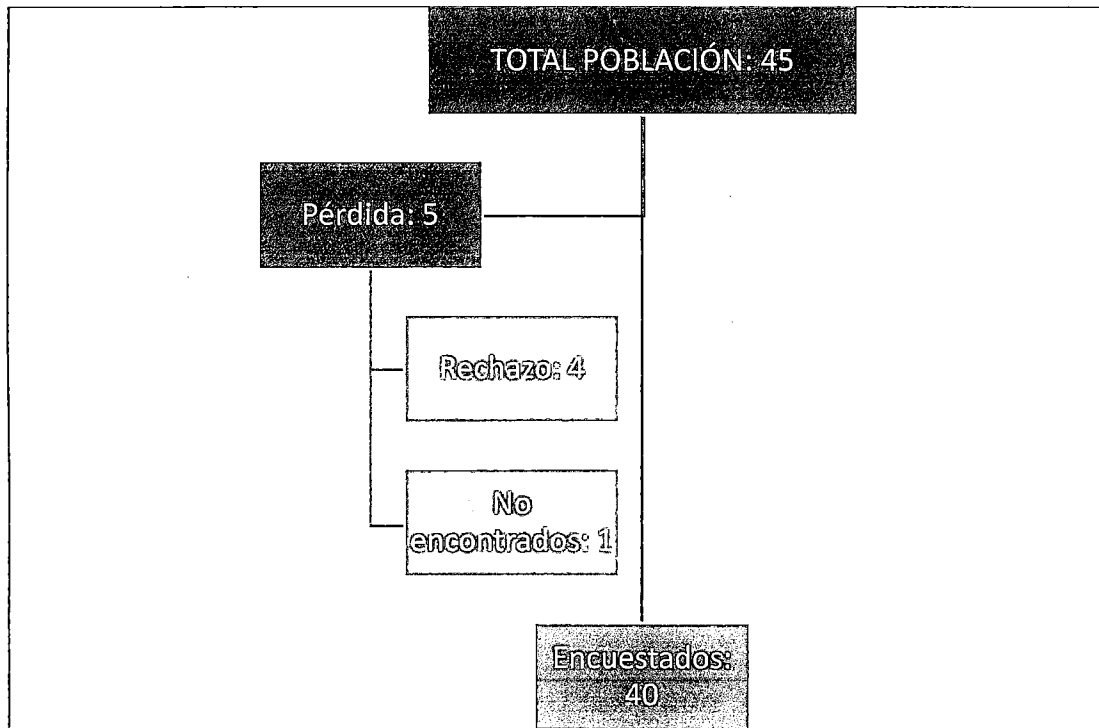


Figura N° 01: Flujograma población encuestada.

Las características de la población estudiada se observa en la Tabla N° 01 y 02.

Los participantes de la población eran mayoritariamente del sexo femenino (80%), así mismo, la edad mínima fue 45 y máxima de 76 años, el promedio de edad fue 57.6 años, mediana de 57 años, moda de 65 años y desviación estándar 6.4 años, además el 62.5% correspondió a hijos(a) y en segundo lugar al cónyuge en 25%.

El 57.5% eran personas casadas, el 45% cuentan con estudios de secundaria completa y el 62.5% tenían como ocupación ama de casa.

**TABLA Nº 1: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS FAMILIARES
CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
LAMBAYEQUE ENCUESTADOS FEBRERO 2015.**

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
GENERO		
Femenino	32	80
Masculino	8	20
EDAD		
45 - 54 años	14	35
55 - 64 años	21	52.5
Mayor o igual 65	5	12.5
ESTADO CIVIL		
Casado	23	57.5
Divorciado	2	5
Soltero	15	37.5
ESCOLARIDAD		
Primaria completa	9	22.5
Primaria incompleta	5	12.5
Secundaria completa	18	45
Secundaria incompleta	5	12.5
Superior - Técnico	3	7.5
OCUPACION		
Ama de casa	25	62.5
Comerciante	13	32.5
Profesionista	2	5
PARENTESCO		
Cónyuge	10	25
Hermano	2	5
Hijo/a	25	62.5
Nieto/a	2	5
Sobrino	1	2.5
Total general	40	100

El promedio de tiempo como cuidador fue de 3.2 años, con el mínimo de 1 año y máximo de ocho, así mismo en promedio dedican 9.3 horas al día en el cuidado del paciente. El promedio de cuidadores por paciente (entre principal y secundario) fue de 2, con un mínimo de 1 y máximo de 4 cuidadores.

De estos cuidadores, el 42.5% recibían ayuda en todo momento necesario del día de otros familiares en la prestación de cuidados del paciente, sin embargo el 72.5% del total indicaron que la ayuda recibida no era suficiente.

Del total de encuestados el 45% refirió presentar patología médica.

**TABLA N° 02: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS FAMILIARES
CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
LAMBAYEQUE ENCUESTADOS FEBRERO 2015.**

VARIABLE	Número	Porcentaje (%)
TIEMPO CUIDADOR PRINCIPAL		
1 - 3 años	26	65
4 - 6 años	11	27.5
Mayor o igual a 7 años	3	7.5
NUMERO CUIDADORES TOTAL		
1	10	12.3
2	40	49.4
3	27	33.3
4	4	4.9
HORAS DIARIAS INVERTIDAS EN CUIDADO		
6 - 8 horas	14	35
9 - 11 horas	20	50
Mayor o igual a 12 horas	6	15
FRECUENCIA RECIBE AYUDA		
En todo momento necesario del día	17	42.5
Hay reparto del cuidado	13	32.5
Nunca recibe ayuda	1	2.5
Ocasionalmente, momentos de urgencia	9	22.5
LA AYUDA RECIBIDA ES SUFICIENTE		
No	29	72.5
Si	11	27.5
COMORBILIDAD		
No	22	55
Si	18	45
TOTAL GENERAL	40	100

El 97.5% de los cuidadores presentaba algún nivel de sobrecarga en el test de Zarit, correspondiendo a su mayor porcentaje a sobrecarga intensa, como se puede apreciar en la Figura N° 02.

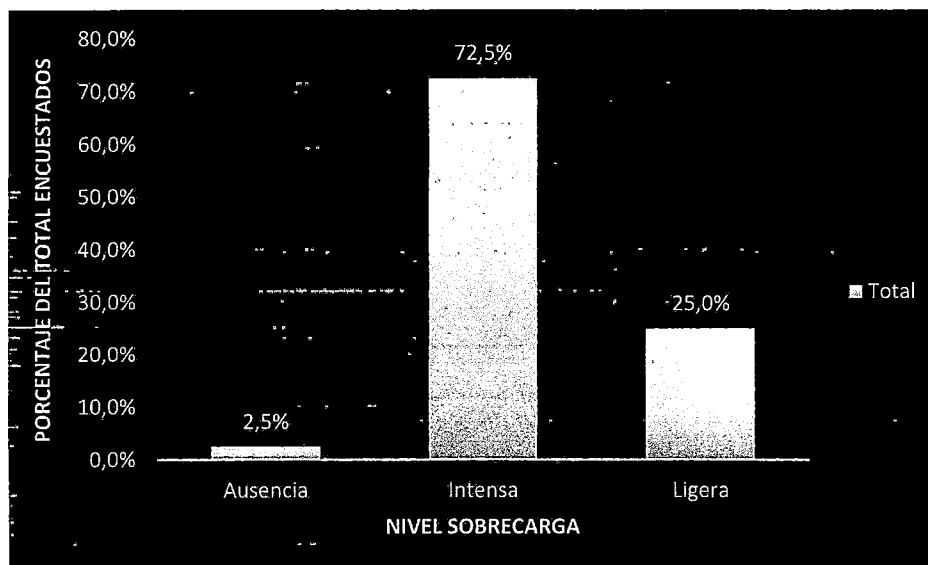


Figura N° 02: Nivel de sobrecarga familiares cuidadores principales de paciente con demencia en la Enfermedad de Alzheimer atendidos en el Hospital Regional Lambayeque encuestados Febrero 2015.

La puntuación media obtenida en dicho cuestionario fue 66.9 puntos, con una puntuación mínima de 39 puntos y máxima de 89 puntos.

La relación de los 22 ítems y sus puntuaciones (media y la suma de puntos totales de cada ítem) aparecen en la Tabla N° 03. Cabe mencionar que los ítems más puntuados son 7, 2 y 8; que hacen referencia al temor por el futuro que le espera a su familiar, a la sensación que debido al tiempo que dedica a cuidar a su familiar no tiene suficiente tiempo para sí mismo y al pensamiento de que su familiar depende del cuidador.

TABLA Nº 03: ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT: MEDIA DE LAS PUNTUACIONES Y SUMA DE VALORES DE LOS ÍTEMS OBTENIDOS DE LOS FAMILIARES CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ENCUESTADOS EN 2015.

	MEDIA	SUMA
1 ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1.6	63
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	3.4	137
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	3.9	154
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	2.1	83
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	2	80
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	3	119
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	4.2	169
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?	3.8	152
9 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	2.7	107
10 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	3.1	123
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	3	120
12 ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	3.2	129
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	2.9	115
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	3.5	140
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	3.4	136
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	2.5	101
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	3.1	125
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	2.7	107
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	3	121
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	3.4	137
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	3.3	130
22 Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	3.2	126

Al analizar el nivel de ansiedad en la escala de Zung se encontró que del total de encuestados, 32 presentan algún tipo de ansiedad, siendo 24 los afectados por ansiedad severa; ninguno presento ansiedad extrema; sin embargo solo 8 de los participantes no presentaban ansiedad.

Así mismo en la Figura N° 03 se aprecia los resultados en porcentaje del total.

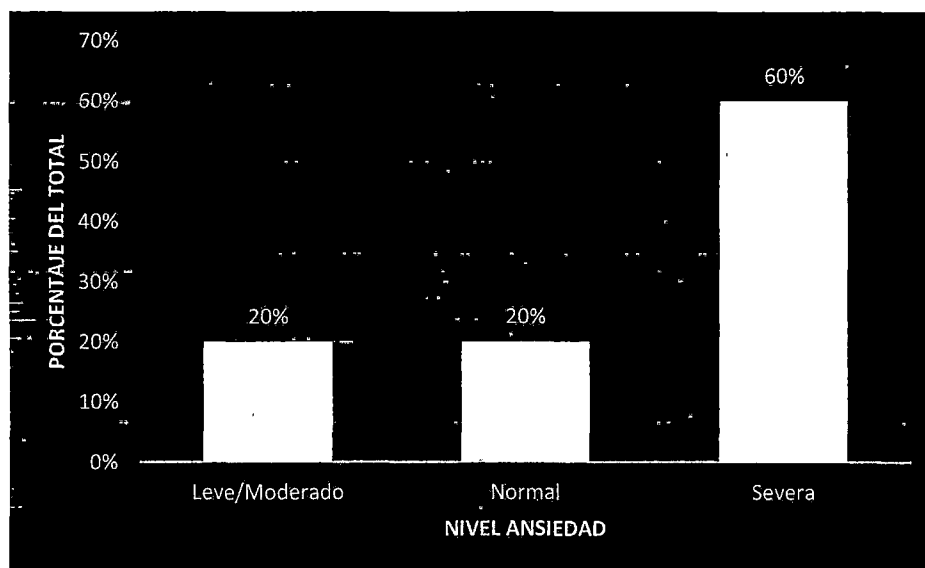


Figura N° 03: Nivel de ansiedad medido con escala de Zung en familiares cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer encuestados en 2015.

La puntuación media fue 56.1 puntos, la mínima fue 32 y la máxima de 71 puntos. La relación de los 20 ítems y sus puntuaciones (media y la suma de puntos totales de cada ítem) aparecen en la Tabla 4. Se encontró que los ítems más puntuados son 14, 7 y 1; el segundo de estos hace referencia a la presencia de dolores de cabeza, cuello y espalda, así mismo el tercero hace referencia a la mayor sensación de intranquilidad y nerviosismo que de costumbre.

TABLA N° 04: ESCALA ANSIEDAD DE ZUNG: MEDIA DE LAS PUNTUACIONES Y SUMA DE VALORES DE LOS ÍTEMS OBTENIDOS DE LOS FAMILIARES CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ENCUESTADOS EN 2015.

	MEDIA	SUMA
1 Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	3.4	137
2 Me siento atemorizado sin motivo	2.3	91
3 Me altero o agito con rapidez	3.2	129
4 Me siento hecho pedazos	2.2	88
5 Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo	2.3	92
6 Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas	2.8	112
7 Sufro dolores de cabeza, de cuello y de espalda	3.6	143
8 Me siento débil y me canso fácilmente	2.9	116
9 Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto	2.7	109
10 Siento que el corazón me late aprisa	3.0	120
11 Sufro mareos (vértigo)	2.3	93
12 Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1.6	62
13 Puedo respirar fácilmente	3.7	147
14 Se me duermen y hormiguean los dedos de las manos y de los pies	3.2	126
15 Sufro dolores de estómago e indigestión	3.1	123
16 Tengo que orinar con mucha frecuencia	2.7	109
17 Por lo general tengo las manos secas y calientes	3.2	126
18 La cara se me pone caliente y roja	3.1	123
19 Duermo fácilmente y descanso bien por las noches	3.0	119
20 Tengo pesadillas	2.0	80

En relación a los datos de depresión obtenidos mediante el inventario de Beck, se encontró que 11 encuestados presentaron depresión leve; 4 depresión moderada; el nivel mínimo/ausente se presentó en 25 de los encuestados, cabe mencionar que no se encontró ningún cuidador principal con depresión severa. Los valores obtenidos se muestran en porcentaje en la Figura 3.

La puntuación media obtenida fue de 17.9 puntos, con una puntuación mínima de 6 puntos y máxima de 49 puntos.

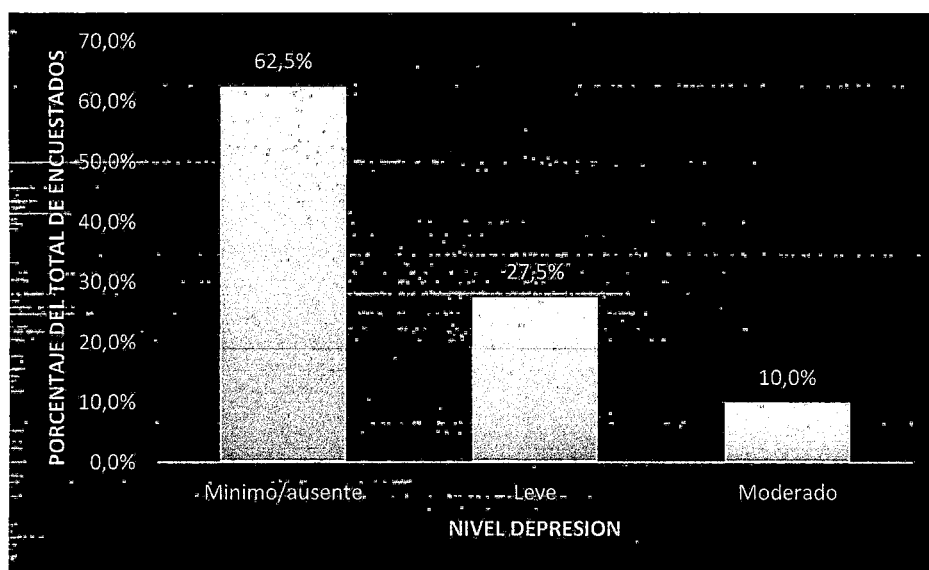


Figura N° 04: Nivel de depresión en familiares cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en el Hospital Regional Lambayeque encuestados Febrero 2015.

DISCUSIONES

IV.DISCUSIONES.

- Aunque en el momento actual existe una versión reducida de 7 ítems de la escala de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador, en este estudio se utilizó la escala de 22 ítems, puesto que es la empleada en la mayoría de los estudios publicados, lo que permite su comparación. el porcentaje de sobrecarga en general y sobrecarga intensa es similar al estudio realizado en Cuba por Pérez P., Llibre R. (16) y un tanto mayor a la encontrada por López G., Orueta S., et al. realizado en España (15), con lo que se puede notar la mayor similitud en las características de la población de países de América latina con menores recursos, así mismo se encontró similitud en los ítems de más puntuación del test. Sin embargo hay discrepancia con el estudio realizado en Trujillo - 2013, que halló un predominio de sobrecarga leve. (21)
- Se evidencio un nivel de ansiedad general de 80%, a predominio de ansiedad severa, notablemente elevado en comparación con el de la población general y así mismo, mayor con el hallado por López G., Orueta S., et al. en 2009 (15) y Ostojić D, Vidović D. et al. en 2014 (19), probablemente por la influencia del nivel de vida, mejor nivel económico y mayor acceso a los servicios de salud que se presenta en los países europeos, no se pudo realizar la comparación con estudios de ansiedad en familiares cuidadores principales en América Latina debido a que no se encontraron trabajos al respecto.

- En el estudio se encontró coincidencias con otros, realizados uno de ellos en Trujillo en 2013, Cuba 2008; sino también en Europa como Croacia y el estudio realizado en Italia por Ferrara, M., Langiano E. et al. en cuanto a las características sexo, edad, parentesco, ocupación, tiempo de cuidado y número de horas que dedica diariamente al cuidado, lo que indica que se trata de características muy comunes en todas las poblaciones, así como los ítems con más puntuación en el test de sobrecarga.
(17)(19)(20)(21)

- El estudio encontró un nivel de depresión notablemente mayor a la prevalencia general, sin embargo menor al encontrado en España en el 2009 que fue de 45% **(15)**, y mayor al encontrado por Ostojić D, Vidović D. et al. en 2014 que fue 26.7%, lo que indicaría una caracterización diferente en cada población.

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES.

- El valor medio de sobrecarga encontrado en los cuidadores fue sobrecarga intensa, además el nivel general fue 97.5%; así mismo el nivel de ansiedad general encontrado en la población de estudio fue de 80%, a predominio de ansiedad severa, así mismo predominio según el test los síntomas somáticos de dolores de cabeza, cuello y espalda. El nivel de depresión en la población estudiada fue 37.5%, a predominio de depresión leve, además no se encontró depresión severa en ninguno de los encuestados.
- El presente estudio ha permitido aproximarnos a las características del familiar cuidador principal de pacientes con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer, correspondiendo así a una mujer de 57.6 años en promedio, ama de casa, en su mayoría corresponde a un descendiente de primer grado (principalmente hija), con nivel de estudios secundaria completa, tiempo de cuidado promedio de 3.2 años y dedica 9.3 horas al día, así mismo la mayoría recibe ayuda en todo momento necesario del día, sin embargo el 72.5% indica que la ayuda no es suficiente, además de que el 45% sufre ya de alguna patología crónica.
- Cabe reconocer que la población es pequeña y por lo tanto no se puede extrapolar datos a los familiares cuidadores de todo el departamento, sin embargo es el primer estudio en cuidadores principales de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer realizado en Lambayeque.

RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda realizar un estudio ampliado a nivel departamental que brinde valores más exactos del nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión de los familiares cuidadores, así mismo como obtener el perfil del familiar cuidador principal de paciente con diagnóstico de demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- Todo lo expuesto pone en evidencia la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, debido a que como vemos estos son los segundos pacientes invisibles, afectados por diversas patologías, sobre todo cuando las revisiones realizadas sobre el tema muestran el beneficio potencial de las mismas. Existen experiencias publicadas sobre diferentes tipos de intervenciones realizadas por distintos profesionales que han obtenido resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización mundial de la salud [Internet] Ginebra: Organización mundial de la salud. 2000 [citado noviembre 2014]. Demencia [aprox. 2 pantallas].
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
2. Alzheimer's Disease International [Internet] Londres: Alzheimer's Disease International. 2011 [citado noviembre 2014]. La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:
<https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
3. Nitrini, R. Dozzi, S. Demencia: Definición y Clasificación. Rev. NNN. [Internet]. 2012 [citado diciembre 2014]; 12(1):75-98. Disponible en:
http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

5. Nitrini, R., Bottino, C., Albala, C., Custodio, N., Ketzoian, C., Llibre, J.J., et al. Prevalence of dementia in Latin American: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2009 [diciembre 2014]; 21(4):622-630. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19505354>
6. Custodio C. García A., Montesinos R. , Escobar R., Bendeزú L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *An Fac med.* [Internet]. 2008 [citado noviembre 2014]; 69(4):233-238. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n4/a03v69n4.pdf>
7. Alzheimer's Disease International [Internet] Londres: Alzheimer's Disease International. 2011 [citado noviembre 2014]. World Alzheimer Report 2013: An analysis of long-term care for dementia [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:
<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Demencia una prioridad de salud pública [Internet]. Ginebra: OPS; 2012. [diciembre 2014]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf

9. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues Clin Neurosci [Internet] 2009 [citado enero 2015]; 11(2): 217 – 228. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/>
10. Honyashiki M, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS et al. Chronic diseases among older people and co-resident psychological morbidity: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. Int Psychogeriatr [Internet]. 2011 [noviembre 2014]; 23(9):1489-1501. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457608>
11. Roig, V. Abengózar, C. Serra. E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Analesps [Internet]. 1998 [citado noviembre 2014]; 14(2) 215-227. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/08-14-2.pdf
12. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2004 [citado noviembre 2014]; 12(3):240-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126224>
13. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. Aging and Mental Health [Internet]. 2005 [citado diciembre 2014]; 9(4): 325–330. Disponible en: [http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/18149/Cuijpers_Aging%20and%20Mental%20Health_9\(4\)_2005_u.pdf?sequence=2](http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/18149/Cuijpers_Aging%20and%20Mental%20Health_9(4)_2005_u.pdf?sequence=2)

14. LLibre G; Guerra H; Perera M. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado noviembre 2014]; 24(1):1-15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi05108.pdf>
15. López G., Orueta S., Gómez C., Sánchez O., Carmona M., Morenoa F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 [citado diciembre 2014]; 2(7): 332-334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
16. Pérez P., Llibre R. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 [citado noviembre 2014]; 26(3): 104-116. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf04310.pdf>
17. Espín A. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado en noviembre 2014]; 38(3): 393-402. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n3/spu06312.pdf>
18. Andueza D., Galán R., Benavides E., Peralta R. Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos. NURE Inv [Internet]. 2012 [citado diciembre 2014]; 9(61): 1-10. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NUR E61_original_sobrecarga.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NUR E61_original_sobrecarga.pdf)

19. Ostojić D, Vidović D, Baceković A, Brečić P, Jukić V. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's dementia patients. *Acta Clin Croat* [Internet]. 2014 [citado diciembre 2014]; 53(1):17-21. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24974662>
20. Ferrara M., Langiano L., Di Brango T., De Vito E., et al. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *BioMed Central* [Internet]. 2008 [citado febrero 2015]; 93(6):1 -5. Disponible en:
<http://www.hqlo.com/content/6/1/93>
21. Universidad Privada Antenor Orrego, Biblioteca Virtual. Repositorio. Tesis pregrado. Facultad Ciencias de la Salud [Internet]. Trujillo (Perú): Universidad; 2014 [citado febrero 2015]. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/123456789/307>

ANEXOS

**SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESION DE LOS FAMILIARES CUIDADORES
PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2013.**

Número de historia clínica paciente:

FICHA SOCIOECONÓMICA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Datos del cuidador principal

1. Edad:_____

2. Género:_____

3. Dirección:_____

4. Escolaridad (nivel):_____

5. Estado Civil:

- Casado
- Soltero
- Divorciado
- Viudo

6. Ocupación

- Ama de Casa
- Comerciante
- Profesionista
- Otros

(especifique)_____

7. Parentesco con el paciente:

- Cónyuge
- Hijo/a
- Hermano/a
- Sobrino/a
- Otro(especifique)_____

8. Tiempo de cuidador principal (años): _____

9. Horas diarias invertidas en el cuidado: _____

10. Numero de cuidadores (especifique): _____

11. Frecuencia con que otras personas le ayudan en el cuidado:

- Hay Reparto del Cuidado
- En todo momento necesario del día
- Ocasionalmente, momentos de necesidad o urgencia
- Nunca recibe ayuda

12. Considera que la ayuda recibida es suficiente:

- Si
- No

13. Comorbilidad asociada:

- No
- Si, (especifique): _____

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

Ítems	
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?
3	Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

1)

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6)

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8)

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

Por favor elija la respuesta que mas se aproxime a la forma en que se siente en general, para ello utilice la siguiente clave de respuestas:

1. Nunca o casi nunca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Siempre o casi siempre.

Preguntas	Respuestas
1. Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	
2. Me siento atemorizado(a) sin motivo.	
3. Me altero o agito con rapidez.	
4. Me siento hecho(a) pedazos.	
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	
6. Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	
7. Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	
9. Me siento tranquilo(a) y me es fácil estar quieto(a).	
10. Siento que el corazón me late aprisa.	
11. Sufro mareos (vértigos).	
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme	
13. Puedo respirar fácilmente.	
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	
15. Sufro dolores de estómago e indigestión.	

Esta tabla continúa en la siguiente página →

Preguntas	Respuestas
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.	
17. Por lo general tengo las manos secas y calientes	
18. La cara se me pone caliente y roja.	
19. Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.	
20. Tengo pesadillas.	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

VERONICA ESMERALDA DIAZ HERNANDEZ

SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESION DE LOS FAMILIARES
CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
2013.

Documento de Consentimiento Informado para familiares cuidadores
principales de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer
atendidos en el Hospital Regional Lambayeque

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I Información (proporciona información sobre el estudio)

Yo soy Verónica Esmeralda Díaz Hernández, soy estudiante de medicina humana de la UNPRG, estoy investigando sobre el nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión en los familiares cuidadores de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer.

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la

investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme volver a preguntarme.

Estamos invitando a todos los adultos familiares cuidadores de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer atendidos en el Hospital Regional Lambayeque durante el año 2013.

Esta investigación incluirá una única visita, donde se le aplicará cuatro test de forma oral los cuales tomaran aproximadamente 20 minutos.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en el Hospital Regional Lambayeque y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

PARTE II: Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del

Participante _____

Firma/huella digital del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

(Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado).